UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1933-1934

N° 110

DES INDICATIONS DE LA SONDE A DEMEURE AVANT CYSTOSTOMIE POUR ADÉNOME PROSTATIQUE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Février 1934

PAR

Pierre-Paul BELLET

Né le 15 octobre 1909 à La Jarne (Charente-Inférieure)

Examinateurs de la Thèse

MM. DUVERGEY, professeur ..... *Président.*
CHAVANNAZ, professeur .....
CREYX, professeur ..... *Juges.*
JEANNENEY, professeur.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE
18, rue du Peugue, 18

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543914_0053

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1933-1934

N° 110

DES INDICATIONS DE LA SONDE A DEMEURE AVANT CYSTOSTOMIE POUR ADÉNOME PROSTATIQUE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Février 1934

PAR

Pierre-Paul BELLET

Né le 15 octobre 1909 à La Jarne (Charente-Inférieure)

Examinateurs de la Thèse

MM. DUVERGEY, professeur .... *Président.*
CHAVANNAZ, professeur..... } *Juges.*
CREYX, professeur ..... } *Juges.*
JEANNENEY, professeur..... } *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE
18, rue du Peugue, 18

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. ..... Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, AUCHE, SELLIER, BEILLE, CASSAET

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ. BEGOUIN.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZES.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Physiologie	PACHON.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	DUPOUY.
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL.
Médecine expérimentale	N.
Clinique ophtalmologique.	TEULIERES.

	MM.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX
Clinique dentaire	CAVALIE.

MICHELEAU (Médecine générale).
MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).
PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	DUBECQ.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	FABRE.
Médecine générale	AUBERTIN. DAMADE PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN

	MM
Chirurgie générale	CHARRIER. LOUBAT.
Obstétrique	RIVIERE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	WANGERMEZ
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	PAPIN
Accouchements	RIVIÈRE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)

	MM.
Puériculture	FAUGERE
Pharmacie chimique	N.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . MM. N...
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle ..... GOURDON
Cours complémentaire annexe. — Clinique dentaire ..... DELGUEL

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON PERE, A MA MERE

A MA FIANCEE, A SES PARENTS

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRERE

A MES FRERES

A MES COUSINS

A MON AMI ROBERT

LICENCIÉ ÈS LETTRES
DIPLÔMÉ D'ÉTUDES SUPÉRIEURES

A MES AMIS

A Monsieur le Docteur GIRARDEAU

A Monsieur le Docteur DROUINEAU

A Monsieur le Docteur DROUIN

A MON PARRAIN

LE DOCTEUR PLISSONNEAU

A MONSIEUR LE DOCTEUR BLANCHOT

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

A MES MAITRES DU COLLEGE

ET DE LA FACULTE

A MON JURY

A Monsieur le Professeur agrégé C. PERRENS

MÉDECIN-CHEF DE LA MAISON DE SANTÉ DE CHATEAU-PICON
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur DUVERGEY

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CORRESPONDANT NATIONAL DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'UROLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

« D'autres au contraire s'étonnent de nous voir engagé dans une voie tant explorée et risquer de faire entendre une note discordante. Ceux-là ignorent les bénéfices qu'un sujet même banal retire toujours d'une façon nouvelle de l'envisager. »

Ch. LAUBRY.

INTRODUCTION

Parmi les prostatiques que le médecin est amené à observer il en est de plusieurs catégories; tantôt on se trouvera en présence d'un malade en état de rétention aiguë qui n'avait jusqu'alors présenté aucun accident urinaire, tantôt au contraire c'est pour une affection qui dure depuis des années et à l'occasion d'un fait nouveau que l'intéressé vient consulter. Ici nous ne voulons nous occuper que de ceux qui sont atteints de rétention incomplète chronique avec distension.

Ce sont ceux dont le traitement est le plus délicat, mais ceux aussi dont la guérison donne au chirurgien les plus grandes satisfactions car ils sont à un stade tel que sans une intervention rapide et appropriée, ils sont condamnés à très bref délai.

« Ces malades, nous n'aimons guère à les rencontrer, car eux et leur famille vivent dans une sécurité trompeuse, mais nous savons bien que leur vie est gravement menacée » (Gayet).

C'est pour eux que la question de la sonde à demeure que nous envisagerons dans la suite a été très discutée.

Ces malades, sous le dehors d'un état général encore favorable dans certains cas, sont des urémiques élevés, et cette notion contre-indique la cystostomie immédiate.

Notre but est précisément de mettre entre les mains de n'importe quel chirurgien ou praticien un moyen de traiter, d'améliorer l'état de ces patients avec un minimum de danger, en vue de la préparation à l'intervention consécutive.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir trouvé un moyen nouveau et inemployé; avant l'ère des prostatectomies la

sonde à demeure était de mise, nous ne voulons que rappeler son usage à l'attention, et montrer par quelques exemples tous les services que l'on peut en attendre.

Mais avant d'entrer dans le détail de notre sujet, nous tenons à adresser l'expression de notre bien vive reconnaissance à notre maître, le professeur Duvergey qui nous a fait l'insigne honneur de nous confier ce travail après nous avoir fait bénéficier pendant plusieurs mois de ses précieuses leçons de clinique urologique.

Parmi les observations qui illustrent cette démonstration, les unes proviennent du service de clinique urologique de la Faculté de Médecine de Bordeaux (hôpital du Tondu) où nous les avons recueillies nous-même, les autres sont dues à l'obligeance de M. le docteur Blanchot, qui n'a cessé de nous faire profiter de son expérience, et que nous remercions de l'aide inappréciable qu'il nous a apportée dans l'élaboration de cette thèse, enfin les dernières sont empruntées au rapport du professeur Chauvin lors du Congrès d'Urologie de 1930 et à la thèse de son élève Debbasck.

Nous essaierons après une brève étude clinique, physiopathologique et historique, de mettre en relief l'importance de ce moyen thérapeutique appelé à rentrer définitivement dans la pratique dans certains cas bien déterminés et avec toutes les précautions inhérentes à ce traitement.

ETUDE CLINIQUE ET PHYSIO-PATHOLOGIQUE

Le syndrome de rétention incomplète chronique avec distension est à peu près spécial au prostatique, on le voit parfois cependant chez le rétréci, mais c'est chez le prostatique qu'il se manifeste avec tous ses caractères. Cette rétention est la plus grave, la mort en est souvent la conséquence, elle est le plus méconnue, et enfin le plus difficile à traiter; pour la réduire il faut s'adresser à des traitements appropriés et les appliquer à la lettre.

Elle n'a rien du cortège bruyant et bien classique de la rétention aiguë, il faut souvent la chercher, la deviner.

Parfois, elle apparaît brusquement succédant d'emblée à la première rétention aiguë; chez la plupart c'est progressivement qu'elle se constitue par lente augmentation du résidu vésical. C'est chez ces derniers que la rétention incomplète avec distension acquiert son maximum de gravité.

Le plus souvent il s'agit d'un malade porteur de petits troubles du prostatisme : pollakyurie, trouble de la miction, il est obligé d'attendre un certain temps avant que la miction ne se déclenche, miction qui sera d'ailleurs très brève.

Puis peu à peu, il arrive à l'incontinence d'urine et comme il s'agit le plus souvent de gens âgés, on ne manque pas d'attribuer cette infirmité à la sénilité. Le malade urine dans son pantalon, est constamment mouillé, et une odeur urineuse désagréable s'attache à ses pas. En même temps polyurie pouvant aller jusqu'à trois et quatre litres par vingt-quatre heures, le malade étant obligé d'uriner abondamment pour éliminer le plus possible d'urée.

L'examen clinique montre une vessie distendue pouvant atteindre ou même dépasser l'ombilic. Enfin, la langue est sèche, pâteuse, la soif vive, et le facies révèle cette teinte mitigée de pâleur et d'ocre bien spéciale aux urinaires.

Cet état peut durer six, huit mois, ce qui fait croire à l'entourage du malade qu'il n'est pas très grave, cette rétention est cependant la plus grave de toutes, et cela pour deux raisons, d'abord, ces malades ont une extraordinaire aptitude à l'infection, la distension de tout l'appareil urinaire constituant une condition éminemment propice à la colonisation des germes; de plus, ils sont en état d'intoxication, et sont atteints d'insuffisance rénale depuis le jour où la distension n'a plus permis au rein de faire son office de filtre.

Ici ce n'est plus comme dans la rétention aiguë qui pratiquement ne dépasse pas la vessie; dans la rétention chronique avec distension, l'urètre étant partiellement obstrué et le rein continuant à sécréter d'une manière continue, l'urine s'accumule dans la vessie. Les premiers troubles apparaissent généralement un peu avant que la vessie ait atteint sa capacité physiologique, le muscle vésical se fatigue et entre en période de repos. Une nouvelle quantité d'urine descendant du rein, une nouvelle contraction se produit et s'épuise; les mêmes phénomènes se reproduisent et après ce stade de rétention chronique avec réplétion on arrive à celui de rétention chronique avec distension, état grave en ce qu'il se complique de lésions sérieuses de l'uretère et du rein.

Derrière la vessie, l'uretère d'abord, puis le bassinet se dilatent. Cette dilatation est due à l'accumulation de l'urine, descendue du rein d'où la contraction des conduits est impuissante à la chasser dans la vessie déjà pleine et non au reflux de l'urine vésicale. Comme pour la vessie à la phase de dilatation succède un stade de distension; en même temps apparition d'une congestion intense des parois de la vessie et de l'uretère et plus tard on voit des ecchymoses et par place des hémorragies capillaires donnant à l'urine une coloration rosée...

Le rein protégé par le regorgement est peu congestionné mais en revanche la longue durée de la stagnation permet une rétro-dilatation progressive, les calices sont aplatis, le rein subit un processus de sclérose.

La concentration, uréique est abaissée dans l'urine, ce qui explique la polyurie compensatrice, et plus encore que chez le rétentionniste aigu la durée de l'affection, la stagnation urinaire créent un état de réceptivité spéciale à l'infection.

Abandonné à lui-même ce malade conserve encore quelque temps les apparences trompeuses d'une santé conservée, puis brusquement il s'éteint en quelques jours cédant à l'élévation progressive de son azotémie et à l'apparition souvent brutale d'un syndrome d'intoxication terminale.

Comment a-t-on envisagé le traitement de cette affection jusqu'à ce jour, et quels sont les moyens de pallier à cet état? C'est ce que nous allons voir maintenant.

HISTORIQUE

Faire l'historique des traitements de la rétention d'urine, c'est passer en revue tous les traitements proposés pour l'hypertrophie de la prostate.

Après l'ère lointaine où ces malades étaient tout bonnement laissés à leur pitoyable sort dont l'issue ne se faisait point attendre, on a eu alternativement recours aux moyens médicamenteux, chirurgicaux, ou radiothérapiques.

On a recommandé l'extrait de ciguë, le chlorhydrate d'ammoniaque, les mercuriaux, l'ergot de seigle, l'iode, etc...

Divers traitements chirurgicaux ont eu tout à tour la faveur des praticiens.

C'est d'abord la sonde, mais devant ses dangers, Mery en 1701, vulgarise la technique de la ponction vésicale, méthode complètement abandonnée depuis.

Pancet, en 1889, met au point la cystostomie suspubienne, beaucoup d'auteurs néanmoins restent partisans de la sonde et de la sonde à demeure, entr'autres Bazy, Pousson, Routier.

De 1890 à 1900, toute une série de tentatives opératoires qui ne purent légitimer les espérances dont elles étaient enveloppées à l'origine, furent proposées : prostatectomie partielle, opération de Bottini; cette dernière fut rééditée par Luys sous le nom de forage de la prostate.

Carabelli et Luraschi appliquent les rayons X qui après un stade d'hyperémie et d'œdème donneraient secondairement la régression et l'atrophie de la glande; mais ces résultats ne sont qu'apparents et transitoires.

Tappenier a essayé d'atrophier les testicules par irradiation,

annihilant ainsi la secrétion interne qui serait de nature à accroître le volume de la prostate ; dans le même but, on pratique la castration et la section des canaux déférents.

Puis on proposa la ligature des artères spermatiques et déférentielles (procédé de Withe), la résection bilatérale des nerfs spermatiques (procédé de Pjewalski), la résection des vaisseaux et nerfs du cordon, l'angionevrectomie (procédé d'Albarran-Motz), la ligature en masse avec ou sans résection du cordon (procédé de Malherbe).

Bier emploie des injections de sang hétérogène défibriné, sang de porc, de mouton, de bœuf ; il pensait que les ferments contenus dans le sang provoqueraient la fonte des tissus par histolyse, les résultats malheureusement, sont loin de répondre à l'attente.

En 1905, Nicolich devant la forte mortalité, propose la prostatectomie transvésicale en un temps. En 1908, naît la prostatectomie en deux temps, cystostomie préalable, puis après une période plus ou moins longue, prostatectomie secondaire.

Au congrès d'urologie de 1921, Remigo Orega préconise la cystostomie d'emblée dans tous les cas.

Vers 1929, on revient un peu vers la sonde à demeure et le professeur Marion fait publier un travail sur la sonde à demeure à débit ralenti chez les distendus.

Enfin, au congrès d'urologie de 1930, un rapport du professeur Chauvin, de Marseille, agite à nouveau la question du traitement des rétentionnistes et il préconise l'emploi de la sonde à demeure.

A l'heure actuelle, on a recours, soit à la sonde à demeure, soit à la cystostomie comme préparation à la prostatectomie.

CYSTOSTOMIE OU SONDE A DEMEURE

La cystostomie et la sonde à demeure ont chacune des inconvénients, quelle est celle qui est préférable, telle est la question que nous allons essayer de résoudre?

Nous commencerons par la cystostomie, puisque c'est elle qui est classique jusqu'à présent et dont nous nous proposons comme on le verra, de faire le procès.

La plupart des auteurs la pratiquent sous anesthésie locale, car c'est là un des moyens indispensables pour assurer au moins l'innocuité de cette manœuvre, toute autre méthode d'anesthésie devant être évitée chez ces malades très fatigués, comme trop schockante. La rachianesthésie, dont cependant Richer vantait récemment les avantages, n'est plus guère employée.

« Je n'insisterai pas sur les inconvénients de l'anesthésie générale qu'elle soit obtenue avec le chloroforme, avec l'éther ou un mélange quelconque, Schleich ou autre. L'anesthésie, a dû endosser à elle seule toutes les responsabilités, si bien que finalement, nous en sommes tous arrivés à abandonner pour les cystostomies, et la rachianesthésie, et les anesthésies régionales, à n'user plus que de l'anesthésie locale par infiltration avec des solutions très diluées, telles que la novocaine à 1/200, l'incision se chargeant de débarrasser de la plus grande partie de la solution injectée.

» Dans ces conditions, il est bien difficile de mettre les accidents sur le compte de l'anesthésie » (Pasteau).

Quant à la technique employée, elle a varié et varie encore suivant les opérateurs, ceci dans le but d'éviter les accidents habituels et en particulier, l'hémorragie. Or, il semble au moins paradoxal pour y parvenir, de voir les uns employer de petits

drainages filiformes, tandis que les autres se servent de grosses sondes, et de constater en fin de compte, que tous obtiennent de merveilleux résultats.

Ecoutons le professeur Gayet : « Je dirai seulement que je fais sous anesthésie locale, une fort petite incision, que je pénètre, sans jamais décoller et disséquer, d'un trait dans la vessie et qu'obturant avec l'index gauche le petit orifice, je fixe le réservoir aux muscles droits; puis introduisant une sonde de Pezzer à frottement dans la vessie, je l'obture de suite avec un bouchon. De cette façon, l'urine filtre lentement pendant les premières heures autour de la sonde... En général la période critique avec oligurie et sang dans les urines, dureà deux ou trois jours ».

Benigo Oreja, y substitue une sonde de grosseur moyenne : « Je place un tube de Marion, grandeur moyenne et je ferme les deux tiers supérieurs de la plaie pariétale avec deux fils profonds en argent qui traversent toute la paroi ».

Pousson, de son côté, emploie un gros tube : « Pour éviter es hémorragies *ex vacuo* qui s'observent si souvent chez les, prostatiques distendus à la suite de l'évacuation totale de urines, soit par la sonde, soit par la ponction hypogastrique au troquart, il convient d'ouvrir largement la vessie et d'essurer ensuite par la mise à demeure d'un tube assez gros dans l'incision, l'issue facile et complète des urines de manière a supprimer les moindres contractions du muscle vésical. Ce sont, en effet, ces contractions qui deviennent la cause du saignement de la muqueuse et aussi des douleurs violentes et paroxystiques éprouvées par certains malades. Ajoutons que l'évacuation complète des urines par cette incision est aussi le meilleur moyen de prévenir les poussées de congestion rénale et de néphrite, auxquelles succombaient les prostatiques rétentionnistes que l'on traitait autrefois par la sonde à demeure ».

Enfin, Pasteau nous dit : « Une fois de plus, je tiens à dire que chez les distendus, la cystostomie est de beaucoup préférable à tout cathétérisme... La cystostomie assure le repos

vésical et c'est ainsi qu'elle devient le meilleur moyen d'éviter à la fois le saignement et l'infection... Mais pour cela, il est nécessaire que l'ouverture de la vessie soit large; il faut bannir le petit drainage sus-pubien fait au moyen d'une sonde urérale, il faut placer d'emblée dans la vessie un drain de fort calibre. C'est dans ces conditions que la cystostomie est véritablement hemostatique ».

On en est ainsi arrivé à ce que certains chirurgiens appelaient avec un peude malice « la maladie du trou ».

La multiplicité des méthodes montre bien que l'accord n'est point fait; quoi qu'il en soit, quelle est l'action de la cystostomie, et dans quels cas y aurons-nous recours?

Par elle, la vessie est à la fois draînée et mise au repos, sa congestion est subjuguée de façon immédiate, instantanée, voire même brutale.

La prostate est décongestionnée et diminue de volume. En faisant tomber la pression vésicale, elle abaisse en même temps la pression dans les uretères et fait cesser les phénomènes de compression et de résorption qui en étaient la conséquence. Les reins eux-aussi, bénéficient de son action décompressive.

Mais il ne faut pas oublier que les rétentionnistes sont des gens très fragiles, chez qui le moindre choc opératoire peut donner des issues redoutables. Nous sommes là en présence d'un véritable drame, d'autant plus grave, qu'il évolue à bas bruit, et dont le dénouement va se produire dans les trois ou quatre jours qui suivent l'accident.

Si l'on pratique la cystostomie d'emblée chez un distendu, on constate toujours, comme le fait remarquer Pasteau, une élévation parfois minime, il est vrai, mais constante du taux de l'azotémie, accompagnée de l'intensification des phénomènes généraux et de l'aggravation de l'état général du malade.

Or, chez certains, ceci peut constituer « la goutte d'eau qui va faire déborder la coupe ». Chez ces grands urémiques à l'état général précaire, la cystostomie n'est plus l'opération

absolument inoffensive qu'elle représente habituellement, et on observe un nombre assez grand d'échecs. « Reconnaissons cependant, que la cystostomie d'urgence n'est pas infaillible, loin de là. Ces malades sont tellement fragiles qu'ils ne nous laissent aucune sécurité, du moins pendant les premiers jours » (Gayet).

Ce fait est facilement explicable, car les sujets auxquels elle s'adresse sont dans un état de fragilité particulière, toute intervention risquant de rompre l'équilibre, a besoin d'être conduite avec prudence.

Les cas mortels après cystostomie ont été signalés par différents auteurs; on s'en étonnera d'autant moins, quand on pense que la mortalité par cystostomie s'élève à 15 à 20 %, alors que la mortalité par prostatectomie, opération beaucoup plus schockante, atteint à peine 6,3 %.

La mort arrive rapidement dans les jours qui suivent l'opération, parfois le jour même, elle survient au milieu d'un syndrome d'insuffisance rénale suraiguë; on trouve ces malades en proie à une agitation intense, dyspnéïque, la respiration revêtant souvent le type Cheynes-Stockes. A cette agitation succède la torpeur qui cède insensiblement la place au coma, tandis que les urines se font de plus en plus rares.

Ces phénomènes sont en partie imputables à une décompression brusque, et quand on voit Cathelin proposer pour y remédier, l'opération du malade la tête en bas, ou la compression abdominale à l'aide d'un solide bandage fortement rembourré d'ouate, il est permis de penser qu'il ne réalise peut-être pas ce qu'il désire.

Ces faits s'éclairent aussi à la lumière des travaux récents de Robineau, Max Levy, Pierre Duval, etc... montrant l'exagération du taux de l'urée après presque toute opération. On sait, en effet, qu'au moment d'une intervention quelle qu'elle soit, les chlorures sont appelés au niveau de la plaie opératoire pour neutraliser les albumines toxiques mises en liberté, et ne peuvent dès lors s'opposer à l'élévation de l'urée dans le sang. On pourrait dans ce cas, faire des injections

massives de chlorure de calcium comme le propose Castaigne dans le *Journal Médical Français*, mais là encore, on se heurte à un écueil : l'œdème aigu du poumon et du cerveau. « Là encore, l'enthousiasme ne doit pas éliminer la prudence » (Jeanbrau).

Donc, chez des malades intoxiqués, à état général grave, la cystostomie d'emblée paraît avoir des inconvénients plus sérieux qu'on ne l'aurait pensé à cause de ses succès.

Est-ce à dire qu'il faille répudier complètement cette méthode? Non.

Elle nous rendra de très grands services, même dans ces cas, quand nous nous trouverons en présence d'une fausse route, d'une hemorragie importante venant obstruer la sonde ou si une urétrite très prononcée empêche le sondage. C'est encore pour éviter les accidents infectieux et toutes leurs conséquences que l'opération devra remplacer le cathétérisme chez les malades dont la situation sociale, le milieu sont insuffisants pour assurer la surveillance du cathétérisme aseptique. Ce que les gens riches et aisés peuvent se permettre, grâce aux commodités de leur existence, les gens moins fortunés, et par conséquent moins surveillés, ne peuvent s'y accommoder; il leur est rarement possible de se soigner eux-mêmes ou de se faire soigner par leur entourage, et ces soins minutieux, condition indispensable, leur faisant défaut, leur existence est rendue misérable et mise en péril à chaque instant par la menace d'infection.

Une intervention radicale est alors à proposer de bonne heure, et peut être accueillie assez volontiers.

On devra opérer de même tout rétentionniste chez lequel les phénomènes douloureux, les faux besoins d'uriner priment la rétention.

Diverses considérations entrent en ligne de compte pour apprécier la légitimité d'une intervention, entre autres, la question de l'âge a son importance, et en général, lorsque l'on s'adresse à des vieillards intoxiqués ou infectés, on obtient, pas, même en cas de succès, un bénéfice à longue portée.

Enfin, nous serons toujours prêts à nous adresser à elle en cas d'échec de la sonde et chez les malades ne pouvant supporter cette dernière.

Mais de là à lui réserver l'exclusivité nous pensons qu'il existe toute une marge contenant nombre de cas où la sonde à demeure peut trouver ses indications.

Cette dernière méthode a été une des plus discutées, on a voulu la charger de tous les péchés d'Israël. « Certains ont prononcé contre la sonde à demeure des réquisitoires parfois violents, souvent injustifiés. On lui a opposé la cystostomie qui doit la supplanter parfois, c'est exact, mais lui laisser aussi un champ d'action important. Comme à bien d'autres agents thérapeutiques on est allé jusqu'à lui reprocher les maladies qu'elle combat » (Uteau).

Quels sont donc ses inconvénients ?

A côté des petits comme urétrite, cystite, abcès de la prostate, orchite, petits accidents rares dont nous ne nous occuperons pas, on lui reproche surtout deux choses : l'hémorragie *a vacuo* et l'infection.

Hémorragie a vacuo. — Au moment d'une rétention chronique les vaisseaux de la vessie sont distendus, on peut le voir à l'occasion d'une cystostomie. Lorsque l'on évacue une certaine quantité d'urine brusquement la pression intra-vésicale baisse et de ce fait la grande pression intra-vasculaire n'étant plus contrebalancée les vaisseaux se rompent. Ce qui se passe au niveau de la vessie, peut aussi advenir au niveau de l'uretère, du bassinet et du rein; ceci est indiscutable, on ne voit cependant pas pourquoi la vessie saignerait plus qu'au moment d'une cystostomie où la pression tombe d'emblée.

Infection. — L'ensemble des voies urinaires distendues pourrait être comparé à un ballon de culture, où l'urine stagnante constitue un véritable milieu favorable à la pullulation des germes. Si un cathétérisme mal conduit ou mal surveillé vient porter l'élément microbien on va avoir infection.

Ces deux inconvénients de la sonde à demeure sont-ils insurmontables ? Comment les éviter ?

Nous avons des moyens de les réduire sinon de les éviter complètement.

Pour pallier à l'hémorragie nous interviendrons avec une extrême prudence ayant soin de vider très lentement, nous mettrons trois ou quatre jours au moins pour libérer la vessie de son contenu. Nous évacuerons en fonction de la quantité de boisson ingérée, de la quantité d'urine résiduelle indiquée par le volume de la vessie ; nous nous fierons à la soif du malade, à l'apparence des urines. Si nous constatons la présence de sang rouge sans caillots nous temporiserons un peu.

Dans ce but nous emploierons soit un fausset à encoche réalisant la sonde à débit ralenti de Marion, ou tout simplement le fausset ordinaire qui réalise un goutte à goutte difficile à empêcher.

Toujours pour éviter cet accident on pourra administrer du chlorure de calcium à petites doses comme le conseille Colombino.

Ainsi nous lutterons contre la rétention en même temps que contre la congestion, et nous n'aurons pas à redouter cet incident souvent très désagréable.

Contre l'infection, nous nous entourerons de petites précautions paraissant insignifiantes, et qui n'en sont pas moins à la base de la guérison.

Au moment du sondage on se servira d'une sonde stérilisée n° 14 à 18 après avoir correctement décapé l'urètre par une injection antiseptique.

Cette sonde sera fixée en bonne position afin de permettre l'évacuation continuelle du résidu et nous la laisserons à demeure jusqu'à l'opération à l'inverse de Legueu qui la remet en place plusieurs fois.

Une ou deux fois par jour on injectera une solution de nitrate d'argent dont la quantité et la concentration seront fonction de l'urine résiduelle et de l'état général du malade, et nous attacherons une importance particulière à la propreté du gland que l'on est habitué à voir au contact d'une bouche d'urinal plus ou moins souillée; il sera lavé avec une

solution antiseptique et entouré ensuite d'une compresse stérile.

Bien des échecs de la sonde à demeure viennent de ce qu'elle est considérée comme une opération minime, et l'entourage sera très étonné de nous voir exiger tant de précautions; nous ne la poserons donc que si l'on doit obéir à nos prescriptions. « Que de surveillance ne faut-il pas? » nous dit Giuliani.

Comme on le voit tous ces soins nécessitent une grosse surveillance, une attention de toutes les minutes et c'est pour cela que la présence continuelle d'une infirmière ou d'une personne de la famille, constitue la condition indispensable.

Elle veillera constamment le malade, le tiendra bien au chaud à l'aide de bouillotes ou de briques protégées pour ne pas le brûler; elle fera en sorte que la température de la chambre soit jour et nuit suffisante (17°), tout ceci pour éviter le refroidissement, qui en ce moment où l'organisme se défend pied à pied contre la maladie, risquerait d'amener sa défaite.

Enfin, précautions d'ordre plus général, on veillera à la liberté de l'intestin au moyen de lavements ou de laxatifs, la constipation déterminant une stase sanguine du côté du bassin et de la vessie; ne pas donner immédiatement de purge qui viendrait affaiblir encore ce sujet déjà débilité. Les grands lavements chauds à 45 ou 50° conseillés par Reclus produisent un excellent effet en combattant la congestion des organes pelviens en même temps que la constipation.

L'administration d'antiseptiques *intus* et *extra* vient de façon logique compléter ce traitement et nous emploierons un des médicaments suivants : hexorcène, dérivés de la résorcine, pyri-pyridium, uroformine associée à l'acide benzoïque (Uroformine, acide benzoïque, salol, bleu de Méthylène), ou encore une des nombreuses spécialités que nous avons à notre disposition : maseptine, uromyl.

Nous lui donnerons des boissons abondantes particulièrement des tisanes diurétiques : barbes de maïs, queues de cerises, chiendent, reine des prés...

La sonde à demeure exerce ainsi une action de drainage, elle a le même effet dans une vessie distendue qu'un drain dans une plaie qui suppure. Elle a une action protectrice sur l'urètre pour lequel elle réalise en quelque sorte un pansement et devient particulièrement efficace contre la congestion vésico-prostatique.

Ainsi conduit, le traitement atténue tous les symptômes, le pouls se ralentit, la langue s'humidifie, l'azotémie baisse, l'état général se relève et met le patient dans de meilleures conditions pour supporter l'opération.

A ce moment où l'orage est passé, nous pourrons élargir les prescriptions tout en surveillant toujours notre malade de très près. Nous lui permettrons de petites promenades dans sa chambre et même quand le temps sera favorable, une petite sortie, s'il tolère sa sonde.

Bazy chez un malade de 77 ans laisse à demeure une sonde pendant 18 mois au cours desquels le malade pouvait vaquer à ses occupations. A la suppression de la sonde il pouvait uriner.

Casper et Eastmann ont obtenu également d'heureux résultats par la mise en place longtemps prolongée d une sonde.

Dernièrement, le docteur Blanchot nous montrait l'observation d un malade qui depuis six mois vit avec sa sonde à demeure qui lui a été posée pour rétention chronique.

Cette déambulation a le gros avantage de soustraire ces rétentionnistes au décubitus horizontal et aussi à la position assise qui leur sont nuisibles

La nourriture sera réconfortante mais sans excès; on leur interdira les mets excitants, l'alcool, les poissons, les mollusques, les crustacés, les viandes faisandées, les salaisons, les conserves, les asperges. Supprimer également eau-de-vie, café, thé, liqueurs, vins généreux ou fortement alcoolisés; les autoriser à prendre une faible quantité d'alcool aux repas, par exemple, un peu de vin ordinaire additionné d'eau.

Nous verrons dans les observations qui vont suivre que la sonde à demeure est capable de rendre d'énormes services, bien que son champ d'action ait diminué; c'est un procédé

qui n'est pas négligeable, une arme puissante à condition de la bien manier.

Et d'ailleurs le revirement partiel de certains montre bien qu'on aurait tendance à l'employer davantage.

Dans ses leçons cliniques, Marion disait jadis : « En ville si vous êtes appelés à sonder les malades, si la cystostomie que vous devez proposer d'abord vous est refusée, prévenez que l'opération du sondage est grave ».

Son élève Panciulesco dans sa thèse de 1914 nous dit : « Depuis cette époque notre maître posa des indications précises en ce qui concerne ces malades. Tout malade distendu arrivant à la consultation du service Civiale doit être opéré d'urgence par cystostomie sous anesthésie locale à la cocaïne. Il est absolument défendu de faire toute exploration ou cathétérisme chez ces malades ».

Or, au Congrès d'Urologie de 1930, à l'occasion du rapport du Professeur Chauvin, le Professeur Marion s'exprime ainsi : « Actuellement dans mon service tous les distendus vraiment cachectiques et qui paraissent ne pas pouvoir supporter la cystostomie sont mis à la sonde à demeure à débit ralenti. ... J'en arrive donc à considérer ce moyen comme de gravité moindre que la cystostomie et celle-ci n'est plus employée que *par habitude* chez les distendus résistants ».

Qu'il nous soit permis d'insister à nouveau sur cette appréciation de l'un des maîtres actuels de l'urologie française.

Le docteur Blanchot qui prenait part à la discussion conclut alors en toute logique : « Si la sonde à demeure peut sauver les malades que la cystostomie aurait sans doute tués, pourquoi vouloir imposer toujours la cystostomie. On aboutit à cette pratique paradoxale de réserver la sonde aux plus malades et de la refuser à ceux qui le sont moins ».

INDICATIONS

Chez les urémiques élevés, les cachectiques, les malades à état général mauvais nous emploierons la sonde à demeure. Voici en effet un prostatique arrivé à la troisième période sa vessie est distendue, il s'est établi chez lui lentement un état latent et chronique de cachexie urinaire l'insuffisance rénale le guette car les voies urinaires supérieures sont du fait de cette réplétion destinées à la sclérose des éléments nobles du rein. Ce terrain malade travaillé par la congestion est sous la menace d'une infection suraiguë et totale, et cela du jour au lendemain. Si le traitement rationnel par l'évacuation lente, progressive, fait déjà courir des risques au malade, son état ne paraît pas *a fortiori* justiciable de l'opération immédiate. En effet, ce prostatique est un intoxiqué urinaire chronique, c'est-à-dire à fonctions digestives profondément troublées il maigrit, il a souvent de petits accès fébriles qui le minent lentement et le mettent à deux doigts de la mort ou même l'emportent.

Cette fièvre ajoute ses effets à ceux de l'insuffisance rénale et l'ensemble de ces phénomènes fébriles et urémiques amène une cachexie qui fait de ces malades un *noli me tangere*. Ce n'est plus un prostatique auquel nous avons affaire, mais un rénal et un intoxiqué.

L'infection, l'âge avancé chez un rétentionniste distendu à mauvais état général doit faire renoncer à tout essai d'intervention.

A côté nous trouvons les cardiaques en état ou imminence d'assystolie, les hépatiques, les rénaux, les diabétiques; chez

ces derniers la sonde viendra aider à faire baisser le taux du sucre, à condition qu'une urétrite concomittante, fréquente dans cette affection, ne vienne nous empêcher d'y recourir. Là, comme pour toute opération nous savons que le diabétique est un sujet extrêmement fragile qui fera à brûle-pourpoint une complication gangréneuse, il semble donc intéressant de le préparer par la sonde à demeure et l'observation III nous montre un malade qui s'en est très bien trouvé.

Chez les tabétiques où la cystostomie ne ferait qu'ajouter une infirmité de plus à l'état souvent lamentable de ces malades, la sonde à demeure semble faire œuvre utile.

C'est encore à elle que nous aurons recours quand la cause de la rétention n'est pas nettement connue, ou en cas de refus d'opération.

Enfin nous nous trouverons parfois en présence de patients chez lesquels mieux vaut employer un cathétérisme même impuissant qu'une intervention. Ce sont ceux où le chirurgien craint d'engager sa responsabilité, surtout dans les milieux hostiles. à mentalité non chirurgicale qui ne trouveront rien d'extraordinaire à ce que le malade meure au bout de quelques mois de cathétérisme et qui ne manqueraient pas d'accuser le chirurgien si l'évolution fatale arrive quelque temps après l'opération.

OBSERVATIONS

Observation I.

(Inédite due à l'obligeance de M. le professeur Duvergey.)

Dr S..., 67 ans, a eu en 1926 des crises de rétention pour lesquelles il a été sondé plusieurs fois. Depuis 1932 se sondait à peu près tous les jours avec une petite sonde pour évacuer un résidu d'environ 500 cm^3. Vers le 20 novembre 1933 le malade fait de la température tous les soirs; urines sales, troubles digestifs graves avec langue très saburrale, constipation, météorisme, mauvais facies d'infecté chronique.

Le 1er décembre en présence d'un mauvais état général, de fièvre et de congestion des deux bases, la sonde à demeure est placée.

A ce moment l'azotémie est de 0,50.

L'état général s'améliore très rapidement, ainsi que les phénomènes digestifs.

Le 9 décembre on pratique la cystostomie.

Dix jours après le malade se lève, mais fait à ce moment une poussée de congestion pulmonaire à la suite d'un refroidissement.

Sitôt celle-ci complètement disparue, on enlève la prostate alors que l'azotémie est tombée à 0,30.

Ablation d'un énorme adénome prostatique; la loge prostatique saignant on tamponne pendant 48 h. avec une mèche.

Suites opératoires des plus normales; le malade est complètement guéri fin janvier et se lève le 3 février.

Observation II.

M. Ch. P..., 70 ans, entré le 20 octobre 1933.

Il y a un an le malade éprouve pour la première fois quelques difficultés pour uriner, miction goutte par goutte, pisse sur ses souliers. Urine dix fois le jour et autant la nuit. Légère pesanteur au niveau des reins.

Depuis ce moment exacerbation des phénomènes, le malade arrive à uriner vingt fois jour et nuit.

Le 17 octobre 1933, venant de se coucher il éprouve une impérieuse envie d'uriner, mais il lui est impossible de la satisfaire; il essaye à nouveau une vingtaine de fois dans la même nuit et toujours sans résultat.

Malgré la douleur le malade qui est cultivateur continue son travail pendant deux jours, il fait même une course de 15 kilomètres à bicyclette.

Le 19 octobre 1933, le docteur De Benêt appelé, sonde, et sort une grande quantité d'urine. Le malade continue à souffrir et sur les conseils de son médecin il entre à l'hôpital du Tondu dans le service du professeur Duvergey.

A son entrée son état est nettement mauvais; on le met à l'alimentation liquide, tisanes et à l'intérieur cachets d'uroformine acide benzoïque, lavements évacuateurs. La température est à 38°, le pouls à 130. On lui administre de la solubaïne; on lui fait de la révulsion et on met en place une sonde à demeure.

L'examen du sang pratiqué donne successivement :

Le 20 octobre : Azotémie 2,77

Le 25 octobre : Azotémie 2,77

Le 3 novembre : Azotémie 0,40

La sonde à demeure a considérablement amélioré le malade (température 37°, pouls 80, urines 2 litres) et le 8 novembre on pratique la cystostomie.

L'opération est très bien supportée. Suites normales, état général bon, langue humide.

Exéaté sur sa demande le 16 décembre 1933 avec sa sonde hypogastrique.

Observation III.

M. M. G..., 61 ans entré le 19 décembre 1931. Le malade entre à l'hôpital le 19 décembre pour légers troubles de prostatisme et ayant présenté il y a dix jours une crise de rétention aiguë.

Il s'agit d'un garde-chasse qui, toujours en très bonne santé apparente jusqu'à ce jour, a présenté brusquement le 9 décembre au matin une crise de rétention aiguë d'urines. Le malade ayant eu dans la nuit de violents besoins qu'il n'a pu satisfaire le médecin appelé d'urgence à midi retire deux litres d'urine. Depuis, l'état n'a pas changé; impossibilité complète pour le malade d'uriner seul. Sonde à demeure.

C'est un fort diabétique (100 grammes par litre) qui depuis un mois suit un régime sévère; amaigrissement de 10 kilogs que le malade attribue au régime.

Antécédents. — Chancre à l'âge de 45 ans (injections d'arsenobenzol pendant 5 ans). Jamais d'autres phénomènes syphilitiques.

Autres appareils. — La radio aurait montré une dilatation aortique.

Toucher rectal. — On sent une prostate très augmentée de volume, bien limitée, de consistance ferme élastique, légèrement douloureuse; disparition du sillon médian.

Examens. —

Le 19 décembre :	Sucre	14 gr. 50
	Azotémie ..	0,33
Le 4 janvier :	Sucre	3,40
Le 8 janvier :	Sucre	11 gr. 10
Le 10 janvier :	Sucre	20 gr.
Le 18 janvier :	Sucre	3 gr. 3
Le 26 janvier :	Sucre	traces.

Le 6 janvier 1932. Prostatectomie en 1 temps sous rachi (Pr Duvergey).

Exéat le 8 février avec sonde hypogastrique.

Revient le 14 avril (sonde à demeure) la plaie se ferme rapidement, le malade part guéri le 28 avril 1932.

Observation IV.

M. L...., malade de 59 ans entré le 31 janvier 1934 pour crise de rétention. C'est un vieux rétentionniste qui souffre depuis 8 ans de troubles du prostatisme et a déjà eu à deux ou trois reprises des rérentions complètes ayant cédé spontanément.

Le même accident lui arrive le 28 janvier mais ne rétrocède pas, il fait alors venir un médecin qui le fait entrer à l'hôpital.

A son arrivée on constate la présence d'une vessie augmentée de volume. Au toucher prostate de la grosseur d'une petite mandarine, intéressant surtout le lobe droit et de consistance élastique.

Le malade accuse un amaigrissement notable; il a de plus une soif intense avec langue très sèche; son état général est peu satisfaisant. Mise en place d'une sonde à demeure.

Azotémie 2 gr. 31 le 31 janvier.
— 0 gr. 58 le 2 février.

Observation V.

(Due à l'obligeance de M. le docteur Blanchot.)

X..., 48 ans (la Bastide) vient consulter fin novembre 1924. Il s'agit d'un malade urinant par regorgement ayant une vessie très tendue qu'il sait être en rapport avec une hypertrophie de la prostate. Au moment où nous le voyons il est très fatigué : pâleur, amaigrissement, langue sèche, soif très vive, en bref tous les symptômes

classiques de la rétention chronique. Il sait de quoi dépendent ses troubles car il a déjà consulté 6 mois avant un spécialiste qui lui a recommandé de se faire opérer au plus tôt de la prostate, mais il a eu peur et n'est venu me trouver que quand il s'est senti très fatigué. Je lui ai fait comprendre la nécessité d'évacuer sa vessie et sur sa demande je lui mets une sonde à demeure que je surveille très attentivement c'est-à-dire que la vessie n'est vidée que très progressivement, des injections de nitrate d'argent venant remplacer une partie du liquide évacué tandis que le malade est soumis à une soigneuse antisepsie interne.

L'évacuation de la vessie se fait sans incidents et 2 mois après le malade complètement transformé du point de vue état général, peut supporter une opération en un temps qui lui permet d'uriner spontanément au 20e jour.

Depuis le malade est revu totalement transformé.

Observation VI.

(Due à l'obligeance de M. le docteur Blanchot.)

X..., 50 ans nous consulte en 1925 alors qu'il n'en peut plus. La cause de son extrême fatigue facile à déterminer, est une vessie en rétention.

L'aspect du malade est celui classique en pareil cas : teint terreux, langue sèche, soif vive, etc...

Comme le malade n'habite pas Bordeaux, j'exige qu'il rentre à la maison de santé où je lui mets une sonde à demeure grâce à laquelle j'évacue progressivement la vessie. A part une hématurie peu grave vers la 15e heure aucun incident et le malade retrouve petit à petit un état général tel qu'un mois après je peux lui enlever son col de vessie. C'est un malade atteint de maladie du col dont l'observation a été publiée à l'Association Française d'Urologie et qui a parfaitement guéri.

Observation VII.

(Due à l'obligeance de M. le docteur Blanchot.)

Dr P..., 66 ans adressé par son fils également médecin parce qu'il est en état de rétention chronique avec distension et que son état général décline.

Il fait de l'incontinence classique en pareil cas, et présente une énorme vessie dépassant largement l'ombilic. Je propose la sonde à demeure qui est acceptée. A la 24e heure après mise en place, alors que la vessie est pour ainsi dire évacuée il se produit une hémor-

ragie qui obstrue presque la sonde et n'est pas sans donner quelque inquiétude. Cependant tout s'arrange grâce en particulier à des lavages chauds très fréquents et en moins d'un mois le malade retrouve un état général tel qu'il nous paraît apte à supporter la prostatectomie. Mais comme il a entendu dire que l'opération en deux temps est moins grave qu'en un temps il nous demande de l'opérer en deux temps. On fait donc la cystostomie et 12 ou 14 jours après on pratique la prostatectomie. Celle-ci est suivie d'une hémorragie importante qui survient à la 4e heure après l'intervention, néanmoins le malade guérit rapidement.

A noter qu'il avait 0,90 d'urée avant la sonde à demeure et au moment de l'opération 0,70 et qu'il avait d'autre part un léger diabète et un peu d'albuminurie.

Ce malade était en outre atteint depuis 2 ans d'un début d'encéphalite aux progrès de laquelle il a succombé 6 ans après l'opération.

Observation VIII.

(Due à l'obligeance de M. le docteur Blanchot.)

D..., 84 ans. C'est un malade que je suis depuis longtemps pour accès d'hypertrophie de la prostate ayant consisté jusque là dans des phénomènes d'infection soit localisée à la prostate et au testicule, soit généralisée sous forme d'accès de fièvre urineuse. Mais le malade soutenu en cela par son entourage refuse absolument de se faire opérer. Au début de l'année 1933 il commence à faire de la rétention, il me consulte à ce moment-là et comme j'insiste pour une opération il reste deux mois avant de venir me voir. Quand il revient, il réalise le tableau de l'intoxiqué par rétention. J'insiste d'autant plus à cette fois-là pour la cystostomie que le malade a fait des accidents d'infection que le sondage risque de réveiller. Cependant je me laisse aller à mettre une sonde à demeure, car il est bien entendu qu'à la moindre alerte le malade sera porté à la maison de santé et opéré. Après préparation par des antiseptiques et du chlorure de calcium, mise en place d'une sonde n° 14 qui réussit à évacuer la vessie sans qu'il y ait de manifestation d'infection ou d'hémorragie.

Depuis, c'est-à-dire, bientôt 10 mois le malade qui a une infirmière attachée à sa personne vit continuellement avec sa sonde, ce qui ne l'empêche pas de circuler, et il se refuse obstinément à toute intervention, se trouvant très heureux tel qu'il est et préférant son sort aux risques d'une opération.

Observation IX.

(Due à l'obligeance de M. le docteur Blanchot.)

X..., 56 ans que j'avais déjà soigné plusieurs années auparavant pour rétrécissement de l'urètre avec prostatite, vient me trouver en janvier 1933 tout à fait à bout de force; c'est un malade qui urine par regorgement, qui a une vessie très distendue mais auquel l'opération faisait peur et qui n'a voulu voir le chirurgien qu'au dernier moment. Chez lui le toucher rectal ne montre pas de prostate et comme je le sais rétréci je lui passe d'abord une sonde à béquille nº 8 que je laisse en place.

L'évacuation de la vessie est faite progressivement et se termine sans incidents. Quand le malade a l'état général satisfaisant je lui fait une cystoscopie qui montre un énorme diverticule de la vessie. Ce diverticule sera d'ailleurs examiné après cystographie et enlevé deux mois après le début des soins par la méthode du professeur Duvergey, c'est-à-dire par ablation transvésicale avec drainage de la cavité. Bien que l'uretère droit ait été coupé au cours de l'opération (et réimplanté aussitôt dans la vessie), le malade a complètement guéri et se trouve aujourd'hui mieux qu'il n'était depuis fort longtemps.

Observation X.

(Due à l'obligeance de M. le docteur Blanchot.)

C..., 67 ans est adressé par un de mes confrères parce qu'il a une grosse vessie. Il s'agit d'un prostatique à la 3e période. Je demande le drainage immédiat de la vessie mais le malade me supplie de lui laisser 4 jours de délai, ce qu'on lui accorde à condition qu'il reste sous surveillance. Le troisième jour il fait de la rétention complète, la sonde est alors mise; il y aura une hématurie assez importante deux jours après, mais malgré tout le malade peut-être opéré de prostatectomie au bout de 25 jours et guérit très rapidement.

Observation XI.

(Pr Chauvin.)

Un homme de 68 ans prostatique distendu entre dans le service le 6 février 1930 avec un cœur en fort mauvais état. Pour permettre de traiter l'état cardiaque une sonde est mise à demeure; le 10 février 1930 c'est-à-dire quatre jours plus tard, l'azotémie est descendue à 0,38.

Observation XII.

(Pr Chauvin.)

Un vieillard de 74 ans entre dans le même état le 12 janvier 1930. Son azotémie est de 0,50. Après dix jours de sonde à demeure elle est tombée à 0,40.

Observation XIII.

(Pr Chauvin.)

Un homme de 76 ans me fait appeler pour une rétention d'urines complète. Prostatique ancien, distendu (vessie très distendue, très au-dessus de l'ombilic) non infecté (urines retirées à la sonde absolument limpides) mais état général déplorable, délire, hoquet, langue de perroquet, lèvres rôties. Azotémie, 1,50. Une sonde à demeure est laissée en place 9 jours, cystostomie au 10e jour. Suites aseptiques parfaites, le malade opéré depuis un an est en parfait état de santé.

Observation XIV.

(Pr Chauvin.)

Dr X..., 80 ans, prostatique ancien, troubles urémiques, hoquet, subdélire, pouls à 130, état général déplorable; vessie à l'ombilic, urines limpides. Sept jours de sonde à demeure transforment l'état général. Cystostomie le 8e jour. Suites légèrement fébriles sans cependant que la température n'ait jamais dépassé 38° 5. Le malade laisse la clinique le 10e jour en parfait état de santé et succombe cinq mois plus tard de ramollissement cérébral.

Observation XV.

(Pr Chauvin.)

M. C..., Anglais de 67 ans distendu aseptique refuse 3 fois la cystostomie proposée. Appelé le 16 octobre on trouve un malade présentant hoquet incessant et vomissements à toute tentative d'alimentation. Sonde à demeure le 17; le hoquet ne cède que le 27; cystostomie le 28 c'est-à-dire le 11e jour. Suites opératoires aseptiques et parfaites.

Observation XVI.

(Pr Chauvin.)

Vieillard 74 ans, distendu, urines claires, entré à l'hôpital pour troubles graves de l'état général : langue sèche, hoquet, agitation. Azotémie 0,50. Sonde à demeure le 12 janvier. Le 21, azotémie 0,40, état général devenu tout à fait satisfaisant. Cystostomie. Quatre jours après urée 0,50; les suites sont cependant satisfaisantes et le rétablissement rapide.

Observation XVII.

(*In* thèse Debbasck.)

M. S... entré le 6 décembre 1928 pour crise de rétention. Il y a 18 jours crise de rétention nécessitant un sondage qui ramène un litre d'urines claires.

Auparavant depuis deux ans pollakiurie nocturne et diurne, dysurie. Phénomènes allant en s'aggravan' jusqu'à la crise de rétention. Au toucher prostate légèrement augmentée de volume, souple.

Azotémie : 0,75.

Sonde à demeure 15 jours, azotémie tombe à 0,57.

Le 7 novembre 1929, cystostomie.

Le 27 novembre 1929, azotémie 0,42.

Le 31 novembre 1929, prostotectomie.

Le malade sort guéri le 11 mars 1930.

Observation XVIII.

(*In* thèse Debbasck.)

M. A. M..., 79 ans, entré le 3 février 1930.

Entré pour rétention complète d'urines datant de six jours, avec miction par regorgement depuis 3 jours; le malade présentait depuis six ans de la pollakiurie surtout nocturne avec dysurie.

Examen. — Globe vésical remontant à l'ombilic, grosse prostate molle et régulière.

Le 4 février 1930 Azotémie 2,28, sonde à demeure.
Le 10 — Azotémie 0,42
Le 10 — Cystostomie
Le 24 — Azotémie 0,37
Le 24 — Prostatectomie. Sort guéri le 8 juillet 1930.

Observation XIX

(*In* thèse Debbasck.)

M. R. G..., 70 ans, entré le 19 février 1931.

Vieux rétentionniste entrant pour phénomènes de cystite avec rétention. Toucher : prostate volumineuse.

Le 19 février 1931 Azotémie 1,74. Sonde à demeure.
Le 28 — Azotémie 0,20
Le 2 mars 1931 Azotémie 0,27
Le 3 — Cystostomie.
Le 11 — Azotémie 0,23
Le 4 avril 1931 Prostatectomie.
Sort guéri le 20 mai.

Observation XX.

(*In* thèse Debbasck.)

M. A. J..., 70 ans, entré le 25 juin 1931.

Rétention complète chez vieux rétentionniste chronique distendu.
Le 26 juin 1931 Azotémie 1 gramme. Sonde à demeure.
Le 29 — Azotémie 0,41
Le 30 — Cystostomie
Le 2 juillet 1931 Azotémie 0,41
Le 15 — Azotémie 0,26
Le 5 août 1931 Prostatectomie.
Sort guéri le 10 octobre 1931.

Observation XXI.

(*In* thèse Debbasck.)

M. J. G..., 55 ans, entré le 15 octobre 1931.

Néo-prostatique.

Le 31 octobre 1931. Epinglage de la prostate avec 10 aiguilles à 2 milligrammes R. E. chacune.

Le 27 novembre 1931, azotémie 2 grammes. Sonde à demeure.
Le 7 décembre 1931, azotémie 0,72
Le malade sort le 17 décembre 1931.

Observation XXII.

(*In* thèse Debbasck.)

M. A. G..., 69 ans, entré le 17 novembre 1931.

Vieux rétentionniste chronique avec distension, urinant par regorgement.

Examen. — Globe vésical dont les limites supérieures sont à deux doigts au-dessus de l'ombilic.

Toucher. — Grosse prostate du volume d'une mandarine un peu dure.

Le 18 novembre 1931 Azotémie 1,50. Sonde à demeure.
Le 23 — Azotémie 0,15
Le 27 — Azotémie 0,18
Le 1er décembre 1931 Prostatectomie en 1 temps.
Le malade sort guéri le 21 janvier 1932.

Observation XXIII.

(*In* thèse Debbasck.)

M. A. J..., 57 ans. entré le 29 décembre 1931.
Rétentionniste chronique.
Examen. — Prostate volumineuse du volume d'une grosse prune.
Le 5 décembre 1931 Azotémie faite en ville 1,12.
Sonde à demeure le 5 décembre 1931.
Le 29 décembre 1931 Azotémie 0,62
Le 31 — Cystostomie
Le 12 janvier 1932 Azotémie 0,80
Le 6 février 1932 Azotémie 0,52
Le 15 — Azotémie 0,26
Le 16 — Prostatectomie.

Observation XXIV.

(*In* thèse Debbasck.)

M. R..., 81 ans, entré le 5 février 1932.
Rétention complète d'urines chez un vieux retentionnsite distendu. Toucher : bonne prostate pas très grosse.

Le 5 février 1932 Azotémie 1,40. Sonde à demeure.
Le 10 — Azotémie 0,62
Le 15 — Azotémie 0,20
Le 22 — Cystostomie
Le 23 — Azotémie 0,30
Le 8 mars 1932 Azotémie 0,35
Le 23 — Azotémie 0,30
Le 26 — Prostatectomie.

Observation XXV.

(*In* thèse Debbasck.)

M. A..., 70 ans, entré le 21 février 1931.
Rétention complète d'urine chez un vieux rétentionniste distendu.

Examen. — Prostate volumineuse, urines très sales.

Le 22 avril 1932	Azotémie 0,83. Sonde à demeure.
Le 26 —	Azotémie 0,22
Le 29 —	Azotémie 0,30
Le 30 —	Cystostomie
Le 3 mai 1932	Azotémie 0,80
Le 10 —	Azotémie 0,26
Le 26 —	Prostatectomie.

Observation XXVI

(*In* thèse Debbasch.)

M. M..., 75 ans, entré le 28 avril 1932.

Vieux rétentionniste distendu urinant par regorgement.

Examen. — Vessie à l'ombilic.

Le 28 avril 1932	Azotémie 2 grammes. Sonde à demeure.
Le 3 mai 1932	Azotémie 1 gramme
Le 10 —	Azotémie 0,40
Le 14 —	Azotémie 0,50
Le 15 —	Cystostomie
Le 19 —	Azotémie 0,40
Le 10 juin 1932	Azotémie 0,55
Le 11 —	Forage de la prostate.

Observation XXVII.

(*In* thèse Debbasch.)

M. C..., 69 ans, entré le 8 mai 1932.

Rétention complète d'urines chez un vieux prostatique distendu. Malade délirant. Toucher : prostate volumineuse et dure.

Le 10 mai 1932	Azotémie 0,90. Sonde à demeure.
Le 17 —	Azotémie 0,40
Le 20 —	Azotémie 0,30
Le 24 —	Cystostomie
Le 27 —	Azotémie 0,40
Le 2 juin 1932	Azotémie 0,40
Le 16 juillet 1932	Prostatectomie.

Sort guéri le 16 septembre 1932.

Observation XXVIII.

(*In* thèse Debbasch.)

M. B..., 69 ans, entré le 24 mai 1932.

Rétention complète chez un vieux rétentionniste distendu. toucher : prostate volumineuse souple, indolore.

Le 26 mai 1932	1,26. Sonde à demeure.
Le 1er juin 1932	Azotémie 0,36
Le 10 —	Azotémie 0,35
Le 11 —	Cystostomie
Le 13 —	Azotémie 0,50
Le 17 —	Azotémie 0,25
Le 2 juillet 1932	Prostatectomie. Sort guéri.

Observation XXIX.

(*In* thèse Debbasck.)

M. G..., 72 ans, entré le 15 juin 1932.

Rétention complète d'urines chez un vieux rétentionniste distendu. Toucher : prostate du volume d'une grosse châtaigne ferme et douloureuse.

Le 16 juin 1932	Azotémie 2 grammes. Sonde à demeure.
Le 27 —	Azotémie 1,25
Le 28 —	Cystostomie
Le 30 —	Azotémie 1,45
Le 5 juillet 1932	Azotémie 1,80
Le 12 —	Azotémie 1,20
Le 9 août 1932	Azotémie 0,68
Le 27 —	Azotémie 1,15.

CONCLUSION

1° La cystostomie d'emblée chez les prodatiques en état de rétention incomplète chronique avec distension est une opération meurtrière.

Nous observons surtout ces insuccès chez les urémiques, les cachectiques, les cardiaques, les hépatiques, les diabétiques, en un mot chez les malades à état général déficient.

2° La sonde à demeure à débit ralenti soigneusement surveillée et laissée en place le temps nécessaire, c'est-à-dire 8 à 15 jours environ vide lentement la vessie, et fait baisser l'azotémie.

En relevant l'état général, elle met le malade dans des conditions favorables pour subir la cystostomie.

3° La cystostomie ainsi différée donne d'excellents résultats.

Vu,
Le Doyen.
p. le Doyen, l'Assesseur,
J. GUYOT.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
DUVERGEY.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 5 février 1934
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Adrian. — « La détermination du résidu urinaire dans la rétention chronique avec distension », *Zeitschrift fur Urologie*, 1912.

Alapy. — « Stérilisation des sondes », *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, 1897.

Albarran. — Pathogénie de la rétention d'urine chez le prostatique (Art. « Prostate » in *Traité de Chirurgie*, de Le Dentu et Delbet.)

Amussat. — *Leçons sur les rétentions d'urine et les maladies de la prostate*, Paris, 1832.

André. — « Les prostatiques qu'il faut sonder et ceux qu'il ne faut pas sonder », *Revue médicale de l'Est*, tome LIII, nº 22.

Anghel (Bucarest). — « Les lésions de l'urètre provoquées par la sonde à demeure », Archives urologiques de la clinique Necker, *Journal d'urologie*, 1924, p. 526.

Bazy. — « De la cystostomie chez les prostatiques », *Société de chirurgie*, nov. 1894.

— *Bulletin général de thérapeutique*, fév. 1895.

— « Traitement des prostatiques par la sonde à demeure avec déambulation. De l'atrophie consécutive de la prostate », *Académie de Médecine*, juin 1897.

— « Cathétérisme et sonde à demeure », *Progrès médical*, 1897.

Benveniste (M.). — *Sur la sonde à demeure à débit ralenti comme traitement des rétentions chroniques avec distension et urines claires*, thèse, Paris, 1932.

Berthier. — *Du drainage par la sonde urétro-vésicale à demeure dans la thérapeutique des infections urinaires chez l'homme.*

— *Du drainage vésical par les voies naturelles. Contribution à l'étude de la sonde urétrale à demeure dans les affections urinaires*, thèse, Paris, 1901-1902.

Bettancourt (M.). — « Contribution à l'étude du traitement de la rétention complète d'urine », *Journal d'Urologie*, 1931.

Bierhoff (F.). — « The palliative treatment of prostatic hypertrophy, *New-York Medical Journal*, 1908.

Boeckel (A.) et **Stergiou** (M.). — Cystostomie immédiate ou sonde à demeure préalable chez les prostatiques rétentionnistes avec distension vésicale », Société de Médecine du Bas-Rhin, séance du 30 avril 1932.

Boice. — « Permanent catheterization in non surgical cases, with cases histories and description of apposatus for retaining catheter in place », *Med. Forthnightly*, 1905, XXVIII, p. 465-486.

Bonneau. — « Danger de la cystostomie d'urgence appliquée à la rétention avec distension des prostatiques », Association Française d'Urologie, 1913.

— « Drainage vésical filiforme chez les distendus », Association Française d'Urologie, 1924.

Bonnet (V.). — « La sonde à demeure chez les distendus non infectés avec azotémie élevée », *Sud Médical*, 15 nov. 1931, p. 1556.

Brodribb (F. A.). — « Prolonged catheterization », *Brit. Medical Journal*, London, 1917, p. 860.

Cabot (A. T.). — « Drainage of the bladder trough a catheter on the uretra », *St-Paul Medical Journal*, 1899, p. 661-667.

Carlier. — « Distension et cystostomie ». Communication Association Française d'Urologie, oct. 1919. — Discussion : Pasteau, Escat, Pousson, Michon.

Carmelo, **Maltesse de Roy**. — « Sonde à demeure à débit ralenti chez les prostatiques en rétention incomplète chronique avec distension ». Travail du service Civiale, *Journal d'Urologie* déc. 1927, tome XXIV, n° 6, p. 529.

Castaigne. — « Le chlorure de sodium dans l'organisme humain à l'état normal et pathologique », *Journal Medical Français*, déc., 1933, p. 397.

Cathelin. — « Les malades qu'on ne doit pas sonder », in *Conférences cliniques et thérapeutiques de chirurgie urinaire*, 2e édition, p. 24.

— « Le traitement des grands distendus vésicaux », *Progrès médical*, 5 mars 1927.

Charasse (Léon). — *Indications réciproques du cathétérisme et de l'intervention chirurgicale dans l'hypertrophie prostatique*. Thèse, Lyon, 1904-1905.

Charlès (L. M.). — *De l'influence heureuse du séjour prolongé de la sonde à demeure chez certains prostatiques*, thèse, Bordeaux 1919-1920.

Chauvin (E.). — « Cystostomie d'emblée ou sonde à demeure préalable chez les prostatiques distendus azotémiques », Congrès d'urologie, 1930.

Gilbert (J.). — *Retention chronique avec distension chez les prostatiques. Son traitement par la cystostomie sus-pubienne*. Thèse, Lyon, 1927.

Colin. — « Remarques sur l'emploi du nitrate d'argent et de la sonde à demeure chez les prostatiques », *Annales maladies organes gén. urinaires*, 1897, p. 178.

Colombino. — « Cystostomie ou sonde à demeure chez les distendus azotémiques », *Journal Belge d'urologie* (Bruxelles), an. IV, n° 6, nov. 1931.

Dax (L.). — « La cystostomie d'emblée », *Bulletin médical de Bordeaux*, décembre 1932, p. 6-16.

Deavor (I. L.). — « Chronic retention of the urine, 28 jean of catheterization », *Journal Americ. Med. Assoc.*, Chicago, 1914, p. 10-12.

Debbasck (A.). — *Cystostomie ou sonde à demeure chez les distendus azotémiques*, thèse, Marseille, 1932.

Delbet (Paul). — « Rétention », in *Encyclopédie Française d'urologie*, tome VI.

Desnos. — « Cystostomie chez un distendu (une observation), *Annales maladies organes gén. urinaires*, 1893.

— « Interventions palliatives chez les prostatiques », *Médecine Moderne*, 1894.

Eastman. — « The advantages of retained catheter », *American medical association.*

Englisch. — « Rétention chronique d'urine », *Central. Blatt für chirurgie*, 1891, n° 42.

Escat. — « Sur le drainage prolongé de la vessie par les voies naturelles », *Annales maladies organes gén. urinaires*, juin 1897, p. 595.

Ewel (Georges). — Traitemenr pré et post-opératoire de l'hypertrophie de la prostate », *Amer. Journal of Surgery*, vol. 4, n° 2, p. 201.

Fernandes (Custodio). — *Sonda de demora*. Thèse, Rio de Janeiro, 1903.

Fiolle (J. et P.). — « Une nouvelle sonde autofixatrice applicable à l'homme », *Province médicale*, Paris, 1911, p. 334.

— « Modifications aux procédés actuels de drainage de la vessie », *Annales maladies organes gén. urinaires*, Paris, 1910, p. 725-736.

Flandrin (R. P.). — « Les grandes infections générales des urinaires », *Progrès Médical*, 22 janvier 1927, p. 144.

— « Les indications du traitement de l'adénome prostatique », *Le Bulletin médical*, 46e année, 19 mars 1932, n° 12.

Fowler. — « Remarques sur les types cliniques de rétention prostatique et leur traitement », *Ann. Urol. Assoc.*, XIVe Congrès, Baltimore, 1915.

Frank. — « De l'infection de la vessie par les sondes », XXVIe Congrès de Chirurgie, avril 1897.

Galan. — *Contribution à l'étude de la constante chez le prostatique*, thèse, Lyon, 1913-1914.

Galloci. — « La cystostomie d'urgence », *Revue pratique de médecine d'organes gén. urinaires*, Lille, 1904, I, page 2.

Gallois. — « La cystostomie d'urgence », *Revue pratique des maladies des organes gén. urinaires*, Lille, 1904, p. 19.

Gaume. — *Rétention chronique incomplète d'urine avec distension*, thèse, Paris, 1924.

Gayet. — « La cystostomie chez les prostatiques distendus », *Journal d'urologie*, 1927, p. 582.

Genouville. — « Contractilité du muscle vésical à l'état normal et pathologique. »

— « La sonde à demeure dans les infections vésicales ». *Compte rendu Association Française d'Urologie*, 1898, p. 119.

Giuliani. — « Dangers comparés du cathétérisme et de la cystostomie », Association Française d'urologie, 1925.

Grandineau. — « Le lavage vésical continu combiné à l'évacuation lente dans certains cas de distension vésicale », Association Française d'urologie, 1928.

— « Irrigation antiseptique combinée à la sonde à débit ralenti », *Strasbourg médical*, 1929.

— « Evacuation lente de la vessie chez les prostatiques distendus », Association Française d'urologie , 1930.

Gresinski. — « Contribution à l'étude des hématuries consécutives au cathétérisme brusque dans la rétention aiguë et complète », *Annales maladies organes gén. urinaires*, 1904.

Guépin. — « Rareté des indications opératoires chez les prostatiques », *Gazette des hôpitaux*, 1859.

Guiteras. — « The non operative treatment of prostatic hypertrophy with special reference to catheter fife », *New-York medical journal*, 1901, p. 389-395.

Guyon. — *Affections chirurgicales de la vessie et de la prostate.*

— *Maladies des voies urinaires.*

— *Traitement des prostatiques à la* 3e *période.*

— « Physiologie pathologique de la rétention d'urine », *Annales maladies organes gén. urinaires*, 1889.

— « De la sonde à demeure », *Journal de médecine de Paris*, 1889, p. 8 et 19.

— « Influence de la tension intra-rénale sur la fonction du rein », *Annales maladies organes gén. urinaires*, 1892.

— « Sonde à demeure opposée à la cystostomie chez les infectés », *Presse médicale*, 1900.

— « La sonde à demeure dans le traitement de l'infection urinaire, des hémorragies prostatiques et urétrales », *Presse médicale*, mai 1900, p. 22.

Guyon et Michon. — « Contribution à l'étude de la sonde à demeure », *Annales maladies organes gén. urinaires*, 1895, XIII, p. 385-427.

Guyon et Albarran. — « Anatomie et physio-pathologie de la rétention d'urine », *Archives de médecine expérimentale*, mars 1890.

Hartmann. — « Rétention et sondage », *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris, 1920, p. 758.

Herring. — « Comparaison des avantages du cathétérisme et de la prostatectomie dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate », *Praclitcheski Vralch*, 8 nov. 1909.

— « Rétention d'urine chez le prostatique, étiologie et traitement », *British. Medical Journal*, 12 mars 1921.

Hinselin. — *Accidents graves consécutifs au cathétérisme*, thèse, Paris, 1878.

Hirsh (E. W.). — « Rapport de la pression vésicale et de la fonction vésicale », *The Journal of the Amer. Med. Association* (de Chicago), 12 sept. 1928, p. 772 à 777.

Hogge. — « Infections et intoxications chez les urinaires chirurgicaux », Association Française d'Urologie, 1919, p. 335.

Hyman. — « Mécanisme de la rétention dans l'adénome », *Annales of Surgery*, avril 1918.

Janet. — « Accidents très graves chez les prostatiques guéris par le cathétérisme », *Annales maladies organes gén. urinaires*, 1899.

Jeanbrau. — « Les bienfaits de la sonde à demeure. Pourquoi, comment et quand doit-on mettre la sonde à demeure », *Montpellier Médical*, 1907, tome XXIV, p. 1-14.

Koehren. — « Valeur thérapeutique de la cystostomie », *Strasbourg médical*, 1re partie, LXXXV, nº 347, 20 oct. 1927.

Kops. — *Un cas de prostatique en distension traité par le sondage*, Anvers, oct. 1896.

Langlois. — *Sonde vésicale à demeure, technique, indications, résultats*. Thèse, Paris, 1899-1900.

Le Dentu. — « Sonde destinée à être fixée à demeure dans la vessie », *Bullet. et Mém. Société Chirurgie Paris*, 1886 tome XII, p. 735.

Le Fur. — « Des limites d'opérabilité chez les prostatiques, » XXXe Congrès Français d'urologie, 1920, p. 529 .

Legueu. — *Traité chirurgical d'urologie*, 2e édition, 1921, p. 395-427.

— « Sonde à demeure et infection urinaire », *Annales maladies organes gén. urinaires*, 1893.

— « La sonde à demeure. Avantages et inconvénients » , *Progrès médical*, Paris, 1922, XXV, p. 174.

— « Traitement des rétentionnistes », *Revue générale de clinique et thérapeutique*, Paris, 1922, p. 806.

Leroy. — « La sonde à débit ralenti chez les prostatiques en rétention chronique incomplète avec distension », *Journal d'Urologie*, 1928.

Marion. — « La sonde à demeure », *Journal de Medecine de Paris*, 1910.

— *Leçons de chirurgie urinaire*, 1912, p. 195 et 319.

— « Traitement des complications de l'hypertrophie de la prostate », *Le Médecin Français*, nº 5, mars 1920.

— *Traité d'Urologie*, Paris, 1928.

— *Technique chirurgicale*, 1932.

Mennereul (in Guyon). — *Leçons cliniques*, tome III, p. 370.

Michon. — *Valeur thérapeutique de l'incision hypogastrique de la vessie*, thèse, Paris, 1895.

— « Rétention d'urine avec distension guérie par cathétérisme évacuateur progressif et antiseptique », *Annales maladies organes gén. urinaires*, 1896.

Minet. — « La sonde à demeure dans la nuit », *Journal de Médecine*, Paris, 1909, XXI, p. 184.

Negrete. — « Dangers de l'évacuation rapide et totale de la vessie chez les prostatiques en rétention complète », *La Cronica Medica*, mars 1913, n° 576.

Nicolich. — « Traitement des prostatiques en rétention incomplète d'urine avec distension », *Annales maladies organes gén. urinaires*, 1898.

— « Sur le traitement des prostatiques en rétention incomplète chronique aseptique avec dilatation de la vessie », IX^e^ session Assoc. Franç. Urologie, 1905, p. 542.

Oreja. — « Conduite à tenir chez les prostatiques en rétention incomplète avec distension », V^e^ Congrès esp. Urol. et *Arch. Assoc. Esp. Urol.*, octobre 1920.

Fanciulesco. — *Traitement de choix dans la rétention incomplète chronique avec distension chez les prostatiques*. Thèse, Paris, 1913-1914.

Paschkis. — « Traitement de l'hypertrophie de la prostate à la 3^e^ période », *Wien. Urol. Gesel*, mars 1920.

Pasteau. — « Diminution de volume de la prostate par l'emploi de la sonde à demeure et du cathétérisme régulier », *Annales maladies organes gén. urinaires*, 1897, p. 186.

— « Influence de la cystostomie sur l'azotémie des prostatiques distendus », Assoc. Franç. Urol., 1919, p. 198 et 203.

— Cystostomie et urée sanguine, Assoc. Franç. Urol., 1926, p. 682.

Pinsau. — *Du cathétérisme de l'urètre chez les prostatiques*. Thèse, Paris, 1899-1900.

Reblaud. — « Rétention incomplète avec distension traitée par évacuation progressive et antiseptique », *Annales maladies organes gén. urinaires*, 1891.

Rochet. — « Traitement chirurgical des prostatiques rétentionnistes », *Annales maladies organes gén. urinaires*, 1898.

Salomon. — « Zur kenntnis der Nierenfunktion bei blosenstanung speziel bei prostata hypertrophie », *Deut. Med. Wock*, 1925, n° 10.

Schultz. — « La fixation de la sonde à demeure pendant la nuit », *Journal d'Urologie*, 1920, p. 242.

Serrallach (N.). — « Las retenciones vesicales de orina en el hombre. Su pathogenia y tratamento, *Editorial Arte y letras*, Barcelone, 1922.

Shaw te **Young**. — « Décompression progressive dans la disten-

sion vésicale chronique », *Journal of urologie*, Baltimore, vol. XI, n° 4.

Shigematsu (H.). — « Etude expérimentale de la rétention d'urine », *Journal d'Urologie*, p. 16.

Sourdille (L.). — « Que doit-on faire en présence d'une rétention d'urine chez un prostatique », *Gazette médicale de Nantes*, 1er juin 1923.

— « Quelle conduite tenir en présence d'une rétention aiguë d'urine », in *Clinique et Laboratoire*, 20 mars 1924.

— « La sonde à demeure et ses abus », *Monde Médical*, Paris, 1925.

Thévenot. — « Azotémie chez les rétrécis », *Journal d'Urologie* 1931, p. 225.

Uteau. — « Le procès de la sonde à demeure », in *Journal des praticiens*, 31 janvier 1925, p. 73, 7 février 1925, p. 90.

Valdschmidt. — « Traitement de la distension vésicale », *Zeit für Urol.*, 12 juillet 1922.

Verrière. — « Comment et pendant combien de temps faut-il sonder un prostatique », Association Française d'Urologie, 1911.

Walker-Thomson (Londres). — « Le rôle du praticien dans le traitement préopératoire de l'hypertrophie de la prostate », *British Medical Journal*, 15 janv. 1921, n° 3183, p. 71.

Whitehead. — « Catheter life », *The Lancet*, 1889, p. 482.

Bordeaux. — Imp. J. Bière, 18, rue du Peugue. — 1934.